



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología Clínica

**Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes
en proceso de rehabilitación institucionalizados**

Trabajo de titulación previo a la obtención
del título de Psicóloga Clínica

Autoras:

Tania Lorena Guamán Uzhca CI: 0106822158

Correo Electrónico: lorenaguaman07@gmail.com

Valeria Monserrath Idrovo Idrovo CI: 0302179007

Correo Electrónico: valeidrovo22@gmail.com

Director:

Mst. Marco Antonio Muñoz Pauta

CI: 0102374329

Cuenca - Ecuador

24 / 01 / 2020



RESUMEN

La inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento han suscitado un gran interés en el ámbito de la drogodependencia como aporte para su recuperación efectiva. El objetivo de esta investigación fue determinar las dimensiones de la inteligencia emocional y los tipos de estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes institucionalizados. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de corte transversal, diseño no experimental y alcance descriptivo. Participaron 24 hombres de la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues y 34 hombres del centro de tratamiento para adicciones Proyecto Esperanza de Cuenca, que conforma una población de 58 personas con edades entre los 18 a 65 años. Los datos se obtuvieron a través de una ficha sociodemográfica, la Escala de Estrategias de Coping Modificada para evaluar tipos de estrategias de afrontamiento y la Escala de rango de Metaconocimiento Emocional para evaluar dimensiones de inteligencia emocional, para su análisis se emplearon medidas de tendencia central y dispersión. Los resultados indican que las dimensiones de inteligencia emocional más desarrollada en los dos centros de rehabilitación son: reparación y atención, y los tipos de estrategias de afrontamiento más utilizadas son: en el centro de Cuenca la búsqueda de apoyo profesional y espera, mientras que, en el centro de Azogues, espera y evitación emocional. En conclusión, ambos centros necesitan mejorar su claridad emocional para poder tener estrategias de afrontamiento más funcionales.

Palabras Clave: Inteligencia emocional. Estrategias de afrontamiento. Drogodependencia. Proceso de rehabilitación.



ABSTRACT

Emotional Intelligence and Coping Strategies have aroused great interest in the field of drug dependence as a contribution to their effective recovery. The objective of this research was to determinate the dimensions of emotional intelligence and the types of coping strategies in institutionalized drug dependent patients. The study had a quantitative approach, cross-sectional, non-experimental design and descriptive scope approach. Participated 24 men from the Municipal Therapeutic Community of Azogues and 34 men from the Project Esperanza addiction treatment center in Cuenca, which comprises a population of 58 people between 18 and 65 years old. The data were obtained through a sociodemographic record, the Modified Coping Strategies Scale to evaluate types of coping strategies and the Emotional Meta-Knowledge range scale to assess emotional intelligence dimensions, for this analysis were used central tendency and dispersion measures. The results indicate that the dimensions of emotional intelligence more developed in the two rehabilitation centers are: repair and care, and the types of coping strategies most used are: in the center of Cuenca the search for professional support and waiting, while, in the center of Azogues, wait and emotional avoidance. In conclusion, both centers need to improve their emotional clarity in order to have more functional coping strategies.

Keywords: Emotional intelligence. Coping strategies. Drug dependence. Rehabilitation process.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
PROCESO METODOLÓGICO	17
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	20
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas	20
Tabla 2. Dimensiones de Inteligencia Emocional.....	21
Tabla 3. Estrategias de afrontamiento.....	22
Tabla 4. Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento según edad	23
Tabla 5. Estrategias de afrontamiento e inteligencia emocional según estado civil.....	24
Tabla 6. Inteligencia emocional e estrategias de afrontamiento según tipo de consumidor....	25
Tabla 7. Inteligencia emocional e estrategias de afrontamiento según tipo de sustancias consumidas.....	26
Tabla 8. Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento según número de internamiento	27



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Valeria Monserrath Idrovo Idrovo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación institucionalizados”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que se realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de enero del 2020

Valeria Monserrath Idrovo Idrovo

CI: 0302179007



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Tania Lorena Guamán Uzhca, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación institucionalizados”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que se realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de enero del 2020.

Tania Lorena Guamán Uzhca

CI: 0106822158



Cláusula de Propiedad Intelectual

Valeria Monserrath Idrovo Idrovo, autora del trabajo de titulación “Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación institucionalizados”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 24 de enero del 2020

Valeria Monserrath Idrovo Idrovo

CI: 0302179007



Cláusula de Propiedad Intelectual

Tania Lorena Guamás Uzhca, autora del trabajo de titulación “Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación institucionalizados”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 24 de enero del 2020.

Tania Lorena Guamán Uzhca

CI: 0106822158



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En el proceso de rehabilitación en pacientes drogodependientes el desarrollo de la inteligencia emocional (IE) y el uso de adecuadas estrategias de afrontamiento (EA) juegan un papel fundamental, se considera que el trasfondo neurótico de las adicciones es la ingobernabilidad emocional, donde el consumo se emplea como una forma de autorregulación externa para aliviar estados emocionales indeseados (Fernández, Jorge y Bejar, 2009).

El concepto de IE nace en el mundo de la psicología con Salovey y Mayer (1990), quienes la entienden como:

Los procesos implicados en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de otros para resolver problemas y regular su conducta. La IE, en esta traducción, se refiere a la capacidad del individuo para entender las emociones y procesar esta información para mejorar el razonamiento. La IE forma parte de un emergente grupo de habilidades mentales junto a la inteligencia social, la inteligencia práctica y la inteligencia personal (p.192).

Del constructo IE se derivan distintos modelos y autores como: el modelo mixto desarrollado por Cooper, Sawaf, Bar-On (1997) y Goleman (1995) quienes agrupan habilidades, destrezas, competencias, rasgos de personalidad y disposiciones afectivas (Fragoso, 2015); el modelo de habilidades propuesto por Salovey y Mayer (1990) está centrado en la adaptación del individuo a través del uso de habilidades cognitivas en el procesamiento de la información emocional (García y Giménez, 2010), el mismo se utilizará como base central de esta investigación.

Del concepto de Salovey y Mayer (1990) se derivan cuatro habilidades: a) percibir e identificar emociones propias y de otros; b) facilitación emocional del pensamiento, es decir, el uso de las emociones como una parte de procesos cognitivos; c) comprensión de las emociones, conocer cómo se procesa la emoción a un nivel cognitivo, y cómo afecta el empleo de la información emocional en los procesos de razonamiento y d) regulación reflexiva de las emociones, es la propuesta del modelo, esta habilidad considera que se debe estar abierto a emociones positivas y negativas, reflexionar sobre la información que los acompaña e identificar si es útil o no sin reprimirla ni exagerarla, de forma que nos permita tomar una decisión funcional y adaptativa (Metre, Brackett, Guil, y Salovey, 2008).

Del modelo mencionado anteriormente surge un instrumento conocido como Trait Meta-Mood Scale (TMMS), que permite evaluar la IE basándose en las cualidades más estables de



la propia conciencia emocional como son la atención emocional o capacidad de expresar y sentir sus sentimientos de una manera apta; claridad o capacidad de comprender e identificar adecuadamente sus estados emocionales y finalmente la reparación emocional, o la capacidad que nos permite dominar nuestras emociones. Consta de un total de 48 ítems en su versión extensa, el mismo que luego tuvo una adaptación al español y fue reducida a 24 ítems por Fernández-Berrocal y Ramos en 1999. Esta prueba tiene adecuados índices de consistencia interna y validez convergente, ha mostrado capacidad predictiva con respecto al ajuste emocional y la disposición de las personas para adaptarse de forma exitosa a las experiencias estresantes (Trujillo Flores y Rivas Toral, 2005).

La IE se encuentra presente en todos los ámbitos de la vida, podemos evidenciarlo en los diversos retos y problemas diarios que suelen generar estados emocionales como estrés, ansiedad, miedo, etc. Ante esta situación pueden aparecer sentimientos de pérdida del control por no poseer un buen manejo de las emociones y estrategias pobres de afrontamiento como sucede en la drogodependencia, es una problemática producida por una causalidad multifactorial y circular ya que se encuentra alterada la conducta humana; influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales, a la vez que estos factores se influyen mutuamente (Bisquerra, 2013).

La drogodependencia, es considerada como una enfermedad crónica del cerebro donde se encuentran alterados los neurotransmisores (adrenalina, serotonina, dopamina, endorfinas), lo que provoca una activación e integración anormal de las emociones y una regulación anormal del proceso de la información por lo que el adicto recurre a la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de sus consecuencias nocivas, tiene mayor dificultad para manejar situaciones y tomar decisiones (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2017).

Cuando un estado emocional no es adaptativo supone un desajuste entre el estímulo desencadenante y la reacción emocional, por ejemplo: en pacientes drogodependientes que entran en un estado de craving “sensación de deseo por volver al estado psicológico y físico inducido por las sustancias” (Sánchez et al., 2001, p.238), se produce un estado de ansiedad desmesurado que dificulta la adaptación del individuo y el manejo adecuado de la situación (Lizeretti, 2009).

Se ha observado en los drogodependientes un desajuste en la identificación, manejo y/o comprensión de las emociones (Fernández-Berrocal y Ruiz, 2008), lo cual conlleva al individuo a tener pobres EA que no le permiten adaptarse de manera funcional en las áreas importantes del ser humano como son: el área familiar, laboral, educativa y social. Es por ello que se



considera importante trabajar con su IE, y brindar herramientas terapéuticas para optimizar sus EA y puedan adaptarse mejor tanto a las emociones que implican en el proceso de rehabilitación (ansiedad, craving, estrés, etc), como las que se desencadenan de las situaciones diarias luego del proceso de rehabilitación.

Se considera que la adicción no tiene cura, pero se puede controlar y lograr una vida feliz y funcional, en la que se aprenda un mejor manejo emocional y el desarrollo de EA más efectivas que no lastimen al sujeto ni a su entorno, se presume que los individuos con mayor IE afrontan activamente situaciones de estrés y ansiedad, poseen la capacidad de abandonar situaciones cuando se tornan incontrolables, mientras que, los individuos con menos desarrollo de IE no logran hacerlo y poseen EA poco funcionales (García, 2015).

Se considera el afrontamiento como una respuesta humana para manejar el estrés Lazarus y Folkman (1984) la definen como: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (como se citó en Díaz, Fernández-Abascal, y Jiménez, 2000, pág. 1).

Al hablar de afrontamiento resulta imprescindible hablar de estrés, el cual surge al momento de hacer frente a una presión o demanda, el individuo actúa para mantener o conseguir la homeostasis, sin embargo, cuando se mantiene un tipo de situación estresante a lo largo del tiempo, ésta exige una gran cantidad de esfuerzos por parte del individuo, lo que puede producir cambios en sus formas de afrontamiento, pudiendo llegar a ser disfuncionales y poco eficaces, por lo que es imprescindible trabajarlos en este tipo de población (Mayordomo y Meléndez, 2013).

La eficacia de las EA dependen de la capacidad para razonar sobre sus emociones y manejarlas, son eficaces cuando contribuyen a reducir el malestar general (bio-psico-social) (Snyder, 1999); cabe mencionar que la utilización de la estrategia depende del tipo de suceso, posibilidad de modificación, la ambigüedad e incertidumbre, intensidad, gravedad y estado crónico de la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986), establecen 2 tipos de estrategias de afrontamiento, la primera centradas en el problema, conformada por estrategias cognitivo conductuales que se desarrollan por un proceso analítico dirigido hacia el entorno y se centran en la modificación de la situación estresante por una menos amenazante, y la segunda centrada en las emociones, que tiene la función de regularlas y cambiar la forma de cómo es percibida y vivida la situación de estrés.



Las EA cumplen tres funciones: enfrentar las demandas sociales, crear el grado de motivación necesario y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos hacia el objetivo de manera asertiva, es por ello que el individuo necesita tener un buen manejo de sus emociones (Di-collaredo et al., 2007).

De la teoría de Lazarus y Folkman(1986) se deriva el Ways of Coping Instrument (WCI), mismo que luego es revisada y mejorada por Charlot y Sandín (1993) que dan lugar a la Escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R) y finalmente, Londoño et al., (2006), crean la última versión; la Escala de Estrategia de Coping – Modificada (EEC-M) adaptada a una población colombiana, el instrumento evalúa 12 tipos de EA, las cuales se evaluarán en la población de esta investigación por lo que se considera importante detallarlas.

(a) solución de problemas: se refiere a una secuencia de acciones orientadas para llegar a una solución adecuada, en el momento oportuno; (b) búsqueda de apoyo social: lo proporciona un grupo de personas, se centra en la disposición del afecto, información o apoyo para tolerar o enfrentar la situación; (c) espera: tiene un componente cognitivo- comportamental, en la que se procede con la creencia que la situación se arreglara por si sola con el paso del tiempo de forma positiva; (d) religión: considera el rezo y la oración como estrategia para tolerar o generar soluciones ante el problema. La principal creencia es un ser superior que interviene en todas las situaciones estresantes; (e) evitación emocional: busca evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas, trata de inhibir las mismas por la carga emocional, consecuencia o por la creencia de una desaprobación social si se expresa; (f) búsqueda de apoyo profesional: recurre a buscar información profesional sobre el problema y alternativas para enfrentarlo; (g) reacción agresiva: se refiere a la expresión impulsiva de la emoción dirigida a sí mismo, hacia los demás o hacia objetos, para disminuir así la carga emocional momentánea; (h) evitación cognitiva: busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad y así evitar pensar en el problema; (i) reevaluación positiva: busca aprender de las dificultades e identificar los aspectos positivos del problema para tolerarlo; (j) expresión de la dificultad de afrontamiento: describe una liberación emocional, la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones y resolver el problema; (k) negación: cuando hay una falta de aceptación del problema, la persona se aleja de manera temporal de la situación



que se relacionan con el problema como medida de tolerar el estado emocional que se genera; (I) autonomía: tendencia a responder ante el problema de manera independiente. (Gantiva, Luna, Dávila, y Salgado, 2010, p.66)

Las personas drogodependientes generalmente están expuestos a varios factores de riesgo luego del proceso de rehabilitación como: los amigos de consumo, conflictos, estados psíquicos y emocionales negativos y la misma dependencia física y psicológica que aumenta el riesgo de una recaída, esta se considera como consecuencia de exponerse a estas situaciones sin tener la capacidad adecuada de manejar sus emociones y responder con EA inadecuadas que no garanticen el mantenimiento de su abstinencia (Marlatt y Witkiewits, 1985).

A continuación, se expondrá los resultados de diversos estudios realizados tanto a nivel local, nacional e internacional, incluyendo tesis de postgrados debido a la escasez de artículos científicos publicados en nuestro medio, los mismos que servirán luego para corroborar los resultados de esta investigación.

En este sentido, un estudio realizado en España sobre Inteligencia Emocional Percibida (IEP) y su relación con el tabaco, el consumo de cannabis y alcohol en estudiantes universitarios, el cual se utilizó la escala TMMS-24 se obtuvo como resultado que los estudiantes que consumen o abusan de los mismos tienen un puntaje más bajo en las dimensiones de reparación (26.40%) y claridad emocional (29.66%) en comparación con los que no consumen, mientras que, los resultados no evidencian una diferencia notable en la dimensión de atención (30.76%) (Limonera, Tomás-Sábado, y Fernández-Castro, 2006).

De la misma manera, otro estudio llevado a cabo en España sobre IE y EA en pacientes drogodependientes, divididos en dos grupos de consumidores (cocaína y alcohol) se aplicó la escala TMMS-24, donde los resultados indican que existe puntuaciones altas en el nivel adecuado en todas las dimensiones en la cual se destaca la atención (grupo1 84.6%, grupo2 76.5%) y como menos valorada la reparación (grupo1 69.2%, grupo2 70.6%), es decir no existe diferencia significativa de IE en diferentes grupos de consumidores de sustancias (Moreno, 2016).

Por otra parte, un estudio realizado en España como proyecto de intervención que se centra en el desarrollo de la IE en drogodependientes utilizó TMMS-24 como instrumento principal para el trabajo, en la cual encontró puntuaciones bajas en las tres dimensiones tanto para hombres como para mujeres al comparar con la tabla de valores propuesto por los autores del test, esto significa que el grupo no es capaz de expresar y tener claridad sobre lo que sienten, además que tampoco tienen la capacidad adecuada de regularlos (Fernández-Barrilado, 2015).



A nivel nacional se encontró un estudio realizado en Loja, sobre adicciones psicotrópicas y comportamentales en hombres y mujeres, se encontró que la dimensión de IE más desarrollada fue la de reparación emocional (60,48%), seguida de claridad (51,6%) y atención (48,79%), el porcentaje restante de la población tiene menor desarrollo en las mismas (Ordoñez, 2013).

En cuanto a la variable de EA, un estudio realizado en Perú con el reactivo COPE en población masculina de 18 a 47 años, se encontró que las estrategias más utilizadas son: planificación ($m=2.84$), afrontamiento activo ($m=2.80$), postergación del afrontamiento ($m=2.76$) y religión ($m=2.75$). Mientras que, las EA de menor uso son: el desentendimiento conductual ($m=2.70$), la negación ($m=2.16$), la supresión de actividades competentes ($m=2.22$) y el desentendimiento mental ($m=2.28$) (Guevara, Hernández, y Flores, 2001).

En un estudio en Medellín sobre las EA en farmacodependientes masculinos de 18 a 34 años pertenecientes a un programa de rehabilitación, utilizaron la ECC- M, donde se encontró que las estrategias más utilizadas son: solución de problemas (32.92%), evitación emocional (31.64%) y con menor puntaje la estrategia de autonomía (6.32%) (Alzate y Bermúdez, 2009).

Un estudio en Pereira-Colombia sobre EA ante el riesgo de recaída en adolescentes que realizaron tratamiento de recuperación para drogodependientes, utilizó la ECC - M, sus resultados indican que durante el proceso de rehabilitación los usuarios utilizaban como estrategia la negación, es por ello que la autora recomienda proporcionar al sujeto herramientas para desarrollar EA más adecuadas para afrontar las posibles recaídas, como reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional (Nieto, 2012).

En un estudio en Cuenca-Ecuador sobre EA en pacientes masculinos drogodependientes de 18 a 65 años, con la herramienta Escala Modos de Afrontamiento. Se encontró que las EA más utilizadas son: autocontrol (16.51%) y huida (16.31%), lo que indica que sus esfuerzos se centran en regular los propios sentimientos y acciones sin afrontar el problema directamente, mientras que, las menos utilizadas son: aceptación de la responsabilidad (8.78%) y búsqueda de apoyo social (8.32%) (Añazco y Espinoza, 2017).

Los estudios mencionados anteriormente confirman el poco desarrollo de las dimensiones de IE y su importancia al igual que el desarrollo de EA efectivas para disminuir el riesgo de recaída, trabajando con estas dos variables se puede lograr un pronóstico favorable de la recuperación, ya que, como menciona Fernández-Barrilado (2015) los drogodependientes no entienden sus emociones, aunque crean que si, y les cuesta exteriorizarlas y comunicarlas a los



demás, también utilizan EA poco favorables para afrontar la situación estresante; por lo que se hace necesario asumir como eje fundamental dentro del proceso de rehabilitación.

El consumo de drogas es un problema social, que se ha percibido como tal a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se han visto afectados todos los países de Latinoamérica por el uso masivo de estas sustancias, sobretodo la población joven, por lo que se ha convertido en una amenaza al presente y futuro de las naciones (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Si bien en tiempos pasados el consumo de sustancias estaba permitido en determinadas circunstancias, ya sean médicas o espirituales, con el paso del tiempo ha sufrido grandes transformaciones, las drogas en la cultura del siglo XX ha crecido tanto, que algunos países del mundo ya han legalizado su uso y en otros aún se lucha por hacerlo, por lo que se ha convertido en una problemática cada vez más significativa, que se extiende con gran facilidad y rapidez (Slapak y Grigoravicius, 2007; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2017).

Kramer y Cameron (1975) consideran la dependencia a fármacos o drogas como un impulso irreprimible de consumir estas sustancias de forma continua y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos o evitar los efectos producidos por la interrupción de su consumo, los adictos presentan un fallo para enfrentar el deseo de sensaciones causadas por las sustancias y a su vez dificultades para afrontar la ansiedad causada por la abstinencia debido a sus pobres estrategias de afrontamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Un estudio realizado en la Universidad de Nueva Inglaterra acerca de la baja IE como predictor de consumo de sustancias señala que la descodificación, diferenciación y regulación de las emociones están íntimamente relacionadas con las conductas adictivas, donde la ingobernabilidad emocional es el trasfondo neurótico que determina las mismas y a la vez se ha vuelto la causa más frecuente de las recaídas (Riley y Schutte, 2003).

En los individuos adictos existen historias de adaptación, evasión, rebelión y sobre todo de afrontamiento, en donde la droga es quien toma el control de los individuos, y hace que estos pierdan sus objetivos, sus valores morales, lazos familiares, y lo más primordial, que pierdan el control de sus vidas (Gutiérrez, 2015).

El mal manejo de las emociones es uno de los diversos factores para que una persona consuma drogas, debido a que los sujetos con baja puntuación en IE emplean el consumo de sustancias como una vía externa de autorregulación emocional, que influye en cómo el individuo hace frente a diversas situaciones y posibilita el desarrollo de EA que permitan una adaptación funcional a contextos intrapersonales e interpersonales (García, 2015).



Este trabajo es de interés debido a que permite profundizar en una de las problemáticas más influyentes en la sociedad y, si bien existen investigaciones acerca de la IE y EA en diversos ámbitos, es reciente la inclusión de estas variables en el ámbito de la drogodependencia. La brecha epistemológica está establecida por el desconocimiento del desarrollo de las dimensiones de IE y las EA que presentan los pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación institucionalizados en las clínicas COTEMUAZ y PROESPE. El estudio es factible y pertinente debido a la apertura por parte de las instituciones para la realización del estudio en sus pacientes. Además, permitirá describir las mencionadas variables y así brindar información valiosa para los profesionales de las áreas de salud y para los propios pacientes, por lo que tiene miras a favorecer el tratamiento basándose en el desarrollo de las dimensiones de IE y los tipos de estrategias que comúnmente aplica cada paciente en el momento de enfrentar una situación problemática, estresante y que despierte el deseo de consumir.

Por lo antes mencionado los autores plantean como objetivo general: Determinar las dimensiones de inteligencia emocional y los tipos de estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes institucionalizados; y como objetivos específicos: Identificar las dimensiones de inteligencia emocional más desarrolladas en los pacientes drogodependientes institucionalizados. Identificar el tipo de estrategia de afrontamiento más utilizada en pacientes drogodependientes institucionalizados. Describir las dimensiones de inteligencia emocional y tipos de estrategias de afrontamiento que poseen los pacientes drogodependientes institucionalizados considerando características sociodemográficas.

Para cumplir con los objetivos se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Qué dimensiones de inteligencia emocional y tipos de estrategias de afrontamiento predominan en los pacientes drogodependientes institucionalizados en COTEMUAZ y PROESPE?



PROCESO METODOLÓGICO

Método:

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, “debido a que los datos recolectados tuvieron una medición numérica y análisis estadístico” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014, p.4), busca obtener datos mensurables de las variables estudiadas que corresponden a las dimensiones de IE y tipos de EA. El estudio es de corte transversal debido a que se recolectará los datos en un solo momento, y de alcance descriptivo ya que se recolectará información sobre las variables mencionadas. El tipo de diseño es no experimental debido a que no se manipularán ninguna variable (Hernández et al., 2014).

Participantes

En el estudio participó una población total de 58 pacientes drogodependientes institucionalizados correspondiente da a dos instituciones: 24 de la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues “COTEMUZ” el cual se identifica por ser de carácter público, utiliza un modelo bio-psico-socio-cultural y espiritual y brinda cuatro niveles de atención en salud; y 34 del Centro de tratamiento para adicciones Proyecto Esperanza de adultos “PROESPE”, que se caracteriza por ser una institución privada, con convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad (IESS) manejar un modelo de intervención multidisciplinaria bio-psico-socio-espiritual y brinda dos niveles de atención en salud (intervención y rehabilitación). La edad de los usuarios oscila entre los 18 y 65 años de sexo masculino.

Criterios de inclusión y exclusión

El estudio consideró como criterio de inclusión a personas hombres con edades comprendidas entre 18 a 65 años de edad, las cuales se dividirán en 3 grupos de edades para su análisis, que sigan el proceso de rehabilitación de manera voluntaria e involuntaria y acepten practicar en el estudio y firmen el consentimiento informado. Y como criterio de exclusión a pacientes drogodependientes que presenten algún daño neurológico o cognitivo, que presenten trastornos orgánicos y situación psicopatológica inestable (crisis psicóticas).

Instrumentos

- a. Ficha sociodemográfica: recopila información general de los participantes como; edad, religión, estado civil, sustancia que consume y número de internamiento (Anexo 1).
- b. Trait Meta-Mood Scale – Escala rasgo de Meta-conocimiento Emocional (TMMS-24) de Salovey y Mayer adaptada al español, por Fernández-Berrocal y Ramos en 1999: evalúa la inteligencia emocional intrapersonal percibida, consta de 24 ítems, subdividida en tres subescalas o dimensiones: atención a los sentimientos, claridad emocional y reparación de



las emociones. Está construido en base a la escala tipo Likert de 5 puntos (1= muy de acuerdo; 5= muy en desacuerdo) que representa su grado de acuerdo con cada ítem descrito. Esta escala, según la revisión literaria, puede ser aplicada en edades comprendidas desde la adolescencia hasta la adultez tardía, la confiabilidad interna del instrumento original fue de 0.95; y la adaptación española posee una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach 0.80; atención, =0.89; claridad, =0.84 y reparación =0.83) (Fernández-Berrocá y Extremera, 2005, p. 73) (Anexo 2).

- c. Escala de Estrategias de Afrontamiento Coping Modificada (EEC-M), adaptada por Londoño y colaboradores del EEC-R de Charot y Sandín; versión modificada y mejorada de WCI de Folkman y Lazarus en 1980, consta de 69 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 (nunca) a 6 (siempre), la edad de aplicación es de 18 años en adelante y está conformada por 12 componentes: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía; surge de la adaptación a una población colombiana y se validó eficazmente con un alfa de Cronbach de 0.847 (Londoño, et al., 2006) (Anexo 3).

Procedimiento del estudio

Para realizar la aplicación de los instrumentos primero se solicitó el permiso en los centros de rehabilitación, los centros se seleccionaron de acuerdo a la factibilidad, accesibilidad e interés de la investigación. El encuentro con los usuarios se dio de acuerdo al horario que los centros establecieron, la aplicación se realizó en un día, por centro, con una duración, aproximada, de dos horas.

Procedimiento de datos

Luego de la recolección de datos obtenidos de los pacientes drogodependientes institucionalizados por medio de las escalas TMMS-24, EEC-M y la ficha sociodemográfica, se procedió al análisis de los mismos que incluyó estadística descriptiva para obtener: frecuencia, valores máximo y mínimo, media, desviación típica. El procedimiento de información se lo realizó en el programa SPSS versión 24.0; los resultados se muestran mediante medidas de tendencia central y dispersión; se encontró el Alfa de Cronbach para la escala TMMS-24= 0.90 y EEC-M= 0.883; la prueba Kolmogorov Smirnov reveló que los datos no tenían un comportamiento normal ($p > .05$) por lo que se empleó la prueba estadística U-Mann Whitney para la comparación no paramétrica entre los grupos con una significancia del 5% ($p < .05$), que serán presentados a través de tablas y figuras.



Aspectos éticos

El estudio se acopló a los principios éticos instaurados por el APA, con los cuales se garantiza la confidencialidad de los participantes, la participación voluntaria y anónimo a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 4), el mismo que debe utilizar un lenguaje razonable y comprensible para los participantes, previo a la aplicación de los instrumentos aprobados en el protocolo por el COBIAS; que de acuerdo a la Norma 3.10 del Código de Ética del APA los psicólogos informan a los participantes acerca de:

1 El propósito de la investigación, la duración estimada, y los procedimientos; 2 sus derechos a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado; 3 las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse; 4 los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; 5 cualquier beneficio posible de la investigación; 6 los límites de la confidencialidad; 7 los incentivos por la participación; y 8 a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los derechos de los participantes en investigación. (Salomone, 2011, p.11)

Además, la información será empleada únicamente con fines académicos y se considera la responsabilidad social de la investigación la Universidad de Cuenca. Por otra parte, de acuerdo a la Norma Ética: Mantenimiento de la confidencialidad, del Código Ético del APA, “reconoce que los alcances y límites de la confidencialidad pueden ser regulados por ley, o establecidos por reglas institucionales o por relaciones profesionales científicas” (Salomone, 2011, p.8), por ello, en este estudio y por petición por las instituciones los resultados serán socializados con la finalidad de mejorar la recuperación de sus usuarios.



RESULTADOS

La población está conformada por un total de 58 hombres en proceso de rehabilitación institucionalizados, pertenecientes a COTEMUAZ (N=24) y PROESPE (N=34) con edad media de 32 años. A continuación, en la tabla 1 se describen las características sociodemográficas por cada centro.

Tabla 1.

Características sociodemográficas (N=58)

Variables	Características	PROESPE (f)	COTEMUAZ (f)
Edad	18-38 años	24	15
	36-50 años	5	6
	51-65 años	5	3
Estado civil	Casado	6	3
	Soltero	20	16
	Divorciado	5	2
	Unión libre	3	3
Religión	Católica	27	20
	Cristiana	3	2
	Ateo	1	1
	Otro	3	1
Tipo de consumidor	Uniconsumidores	16	11
	Policonsumidores	18	13
Número de internamiento	Primero	17	14
	Segundo	7	5
	Tercero	10	5

Nota. Elaboración propia

Inteligencia emocional

Se encontró que 31 hombres tenían una adecuada atención ($M=26.4$; $DE=6.8$) y casi la tercera parte debía mejorar; en claridad ($M=25.6$; $DE=7.0$) 27 debía mejorar y 5 tenían un nivel excelente; mientras que en reparación ($M=28.34$; $DE=6.6$) las dos terceras partes tenían niveles adecuados y 9 personas tuvieron excelente; lo que la convierte en la dimensión mejor desarrollada en los usuarios. Detalles en la tabla 2.

Tabla 2.
Dimensiones de Inteligencia Emocional

Dimensión	Característica	(f)
Atención	Debe mejorar (poca atención)	18
	Adecuada atención	31
	Excelente (Mucha atención)	9
Claridad	Debe mejorar	27
	Adecuada claridad	26
	Excelente	5
Reparación	Debe mejorar	11
	Adecuada reparación	38
	Excelente	9

Nota. Elaboración propia

Los resultados obtenidos tuvieron coincidencia con los estudios de Moreno (2016) quien concluye que las tres dimensiones de IE se encuentran en un nivel adecuado y, de acuerdo a Ordoñez (2013) la dimensiones más desarrollada es reparación, lo que implica que las personas son capaces de modificar los estados emocionales a su conveniencia.

Por otra parte, los estudios de Limonera, Tomás-Sábado y Fernández-Castro (2006) y Fernández y Barrido (2015), no coincide con los resultados de este estudio, pues el primero sostiene que la dimensión reparación es la menos utilizada; el segundo estudio menciona que existen puntuaciones bajas en las tres dimensiones tanto para hombres y mujeres, lo que significa que no son capaces de expresar y entender bien sus estados emocionales, por lo que, no regulan sus estados emocionales adecuadamente.

Estrategias de afrontamiento

El uso de EA expresadas en puntaje centil oscilaron entre el 1 y 99; en la tabla 3 se puede observar que la estrategia más utilizada era la “Espera” (M=74.6; DE=26.3), seguida por la “Búsqueda de apoyo profesional” (M=70.3; DE=28.0), mientras que las estrategias menos empleadas correspondían a “Expresión de la dificultad de afrontamiento” (M=38.2; DE=23.0) seguida por “Búsqueda de apoyo social” (M=48.5; DE=30.6); se registraron además 3 casos atípicos con altos niveles de expresión de la dificultad de afrontamiento y 2 con niveles muy bajos de uso de la estrategia de espera; en todas se observó un comportamiento altamente disperso lo que implica una heterogeneidad.

Los resultados no coinciden con los datos obtenidos en otros estudios ya que indican que las estrategias más desarrolladas son la solución de problemas, evitación emocional y el autocontrol (Alzate y Bermúdez, 2009; Nieto, 2012; Añazco y Espinoza (2017); así mismo Tania Lorena Guamán Uzhca
Valeria Monserrath Idrovo Idrovo



Guevara, Hernández, y Flores (2001), a pesar de que los instrumentos son diferentes en los dos estudios poseen características similares; indican que las escalas de mayor preferencia son planificación y afrontamiento activo, es decir, que las personas son capaces de pensar, planificar estrategias de acción e iniciar acciones directas con el uso de sus propios esfuerzos para afrontar, reducir o eliminar al estresor; al contrario a este trabajo las personas esperan que la situación se resuelva por sí sola o buscan recursos profesionales para solucionar la situación.

Tabla 3.

Estrategias de afrontamiento

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Solución de problema	1.0	99.0	50.8	29.6
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2.0	99.0	48.5	30.6
Espera	2.0	99.0	74.6	26.3
Religión	5.0	99.0	67.5	26.8
Evitación emocional	4.0	99.0	60.3	27.9
Búsqueda de apoyo profesional	20.0	99.0	70.3	28.0
Reacción agresiva	5.0	99.0	64.4	29.0
Evolución cognitiva	10.0	99.0	60.1	30.1
Reevaluación positiva	1.0	99.0	54.6	27.6
<i>Expresión de la dificultad de afrontamiento</i>	1.0	96.0	38.2	23.0
Negación	5.0	99.0	56.4	28.3
Autonomía	5.0	99.0	50.6	27.8

Nota. Elaboración propia

Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas
Según edad

En la tabla 4 se puede observar que la dimensión de IE predominante en los adultos de 18 a 35 años era la reparación; mientras que en las personas de entre 36 y 65 años era la atención; por lo que es significativamente mayor en comparación al grupo de adultos más jóvenes ($p < .05$).

Con respecto a las EA se encontró que los adultos más jóvenes (entre 18 y 35 años) utilizaban más la estrategia de “Espera” ($M=72.7$; $DE=27.5$) seguida por “Búsqueda de apoyo profesional” ($M=72.7$; $DE=27.5$); mientras que, los adultos entre 36 y 65 años era la “Religión” ($M=88.5$; $DE=14.1$) y “Espera” ($M=86.1$; $DE=12.1$).



En la estrategia “Religión” se registró una diferencia significativa; es la más usada ($p<.05$) por las personas de entre 36 y 65 años. Detalles en la tabla 4.

Tabla 4.

Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento según edad

		Edad				p
		18-35		36-65		
		Media	DE	Media	DE	
Inteligencia emocional	Atención	25.6	6.5	31.5	6.3	.019*
	Claridad	25.2	6.9	28.0	8.0	.293
	Reparación	28.2	6.4	29.0	7.9	.448
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	48.1	28.9	67.5	30.7	.076
	Búsqueda de apoyo social	45.4	29.0	67.8	35.6	.058
	Espera	72.7	27.5	86.1	12.0	.348
	Religión	64.1	26.9	88.5	14.1	.003*
	Evitación emocional	60.7	26.9	57.9	35.8	.955
	Búsqueda de apoyo profesional	68.8	27.4	79.8	31.5	.093
	Reacción agresiva	67.6	26.7	44.4	36.2	.055
	Evitación cognitiva	59.2	30.7	65.4	27.1	.627
	Reevaluación positiva	53.0	26.5	64.4	33.8	.287
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	37.2	22.2	44.4	28.3	.709
	Negación	54.2	27.5	70.3	31.1	.150
	Autonomía	51.3	27.2	46.3	33.1	.625

Nota. Elaboración propia

Existe discordancia con el estudio de Añazco y Espinoza (2017) al inferir que los adultos jóvenes prefieren huir o evitar la situación llevándose por la impulsividad para la toma de decisiones mientras que en el adulto tempranos e intermedio resalta el auto-control, que describe los esfuerzos para regular los sentimientos y acciones propias.

Según estado civil

Todas las dimensiones de IE en los tres grupos de estudio según el estado civil eran similares entre ellos primando en todos los casos la dimensión de reparación.

En referencia a las EA se reveló que los casados/unión libre utilizaban principalmente la estrategia de “Espera” ($M=83,8$; $DE=16,3$) seguida por “Religión” ($M=82,6$; $DE=15,1$); en los solteros: “Espera” ($M=73,6$; $DE=28,4$) y “Reacción agresiva” ($M=68,5$; $DE=25,5$) y en los divorciados “Búsqueda de apoyo profesional” ($M=85,9$; $DE=24,1$) y “Religión” ($M=85,6$; $DE=11,9$). Se pudo observar que los solteros utilizaban en una menor intensidad cada una de las estrategias evaluadas; principalmente la búsqueda de apoyo social y religión ($p<.05$). Los detalles se pueden observar en la tabla 5.

Tabla 5.

Estrategias de afrontamiento e inteligencia emocional según estado civil

		Estado civil						P
		Casado/Unión		Soltero		Divorciado		
		libre						
		Me	DE	M	DE	M	DE	
Inteligencia emocional	Atención	27.3	7.5	25.9	6.6	26.7	6.6	.892
	Claridad	27.7	5.8	24.6	7.2	26.1	8.7	.256
	Reparación	29.9	4.6	27.9	7.4	27.4	5.5	.576
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	54.8	27.9	45.6	29.2	69.0	31.2	.157
	Búsqueda de apoyo social	56.3	27.6	40.7	29.6	71.6	29.9	.022*
	Espera	83.8	16.3	73.6	28.4	60.0	27.5	.106
	Religión	82.6	15.1	57.6	28.1	85.6	11.9	.001**
	Evitación emocional	64.1	29.8	62.3	26.4	42.0	28.0	.189
	Búsqueda de apoyo profesional	72.3	29.8	66.5	27.5	85.9	24.1	.083
	Reacción agresiva	65.7	31.8	68.5	25.5	40.7	32.7	.123
	Evitación cognitiva	63.2	26.8	57.5	32.0	66.4	29.4	.636
	Reevaluación positiva	58.3	22.8	50.6	27.2	67.1	37.2	.267
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	36.7	20.1	41.4	25.2	25.0	9.1	.223
	Negación	61.7	25.9	54.4	28.4	55.6	35.3	.708
	Autonomía	49.0	29.8	54.4	27.0	34.3	24.9	.244

Nota. Elaboración propia

Según tipo de consumidor

Ambos tipos de consumidores mostraron predominio en la dimensión de reparación; sin embargo, los uniconsumidores mostraron una reparación significativamente menor con respecto a los policonsumidores ($p < .05$).

Por otra parte, en el análisis de EA se encontró que en los uniconsumidores la estrategia más utilizada era “Religión” ($M=80,7$; $DE=16,5$); mientras que los policonsumidores la estrategia de “Espera” ($M=72,7$; $DE=26,5$). Al comparar el uso, se encontró que el segundo grupo tenían un uso significativamente mayor de la estrategia de “Religión” ($p < .05$). Tabla 6.

Tabla 6.
Inteligencia emocional e estrategias de afrontamiento según tipo de consumidor

Inteligencia emocional y Estrategias de afrontamiento según tipo de consumidor						
	Estrategia/ Dimensión	Tipo de consumidor				p
		Uniconsumidores		Policonsumidores		
		Media	DE	Media	DE	
Inteligencia emocional	Atención	25.7	6.3	25.5	7.7	0.826
	Claridad	29.0	6.1	27.8	7.0	0.520
	Reparación	42.5	30.3	57.1	24.2	0.041*
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	55.4	28.4	47.1	30.5	0.287
	Búsqueda de apoyo social	54.7	28.2	43.4	32.0	0.154
	Espera	76.9	26.4	72.7	26.5	0.466
	Religión	80.7	16.5	56.7	28.9	0.002**
	Evitación emocional	61.4	30.3	59.4	26.3	0.627
	Búsqueda de apoyo profesional	70.5	28.3	70.2	28.1	0.814
	Reacción agresiva	58.0	33.3	69.6	24.2	0.276
	Evitación cognitiva	63.6	28.1	57.2	31.8	0.447
	Reevaluación positiva	55.2	26.0	54.1	29.1	0.820
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	39.8	21.2	36.8	24.6	0.383
	Negación	53.7	30.7	58.7	26.5	0.465
	Atención	27.8	6.7	25.3	6.7	0.175

Nota. Elaboración propia.

El estudio de Ordoñez (2013) aunque en sus resultados no especifican el número de adicciones que posee cada persona, corrobora la información obtenida en el presente estudio, pues indican que las personas que presentan una adicción poseen una adecuada reparación seguida de una adecuada atención emocional.

Las estrategias utilizadas por los uniconsumidores no coinciden con los datos obtenidos en otro estudio el mismo que indica preferir iniciar acciones directas para eliminar o disminuir el estresor y procuran pasar por alto otras posibles actividades para evitar ser distraído en el manejo adecuado del estresor (Guevara, Hernández, y Flores , 2001); por otro lado, en este estudio las personas acuden a rituales religiosos, como el rezo, para tolerar el problema o las emociones que produjo el estresor. En cuanto a los policonsumidores no se encontró datos que corroboren o discrepen la información obtenida, sin embargo, este dato sirve para nuevas investigaciones.

Según tipo de sustancia

La IE, en todas sus dimensiones, eran similares en todos los pacientes según el tipo de sustancia consumida.

Con respecto a las EA se encontró en los pacientes que consumían alcohol, cocaína y cannabis utilizaban principalmente la estrategia de “Espera”; mientras que en la sustancia del tabaco era “Reacción agresiva” ($M=74,5$; $DE=22,9$) y “Espera” ($M=74,4$; $DE=25,8$), los detalles se pueden observar en la tabla 7.

Tabla 7.

Inteligencia emocional e estrategias de afrontamiento según tipo de sustancias consumidas

	Estrategia/ Dimensión	Tipo de sustancias							
		Alcohol		Tabaco		Cocaína		Cannabis	
		M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Inteligencia emocional	Atención	26.4	7.1	25.5	6.9	25.0	6.4	24.6	7.8
	Claridad	25.6	7.5	25.3	8.4	26.1	7.3	25.4	8.7
	Reparación	27.8	6.9	27.1	7.0	29.3	6.7	28.2	7.6
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	51.5	30.9	46.0	30.2	45.8	29.8	43.8	29.5
	Búsqueda de apoyo social	46.5	31.9	42.0	32.0	47.7	31.0	38.9	29.0
	Espera	74.3	27.6	74.4	25.8	74.4	24.4	74.1	26.3
	Religión	65.3	27.9	57.2	29.9	65.3	24.4	56.2	26.9
	Evitación emocional	61.7	29.1	61.6	26.6	55.1	25.0	55.6	27.7
	Búsqueda de apoyo profesional	68.6	29.2	67.7	30.4	70.4	26.8	63.7	26.0
	Reacción agresiva	66.1	30.4	74.5	22.9	65.8	24.7	65.6	26.3
	Evitación cognitiva	59.4	30.8	56.9	31.3	63.9	30.3	57.0	31.2
	Reevaluación positiva	54.2	28.1	53.4	28.7	56.2	28.4	53.0	27.3
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	38.4	24.2	39.2	26.6	37.6	23.7	36.6	25.2
	Negación	57.8	28.6	58.9	28.1	53.2	28.5	56.8	29.2
	Atención	53.7	28.1	60.3	25.2	50.8	26.0	60.9	23.3

Nota. Elaboración propia.

De acuerdo a la IE, lo encontrado no coincide con las investigaciones de Moreno (2016) y Limonera, Tomás-Sábado y Fernández-Castro (2006) al indicar que existe diferencias entre las personas consumidoras de alcohol, cocaína, tabaco y cannabis y resaltan la dimensión atención como la mayor usada, seguida de claridad.

En cuanto a las EA, en contraste al estudio de Guevara, Hernández y Flores (2001) se resalta únicamente diferencia entre las personas consumidoras de alcohol y pasta básica de cocaína en la cual el primer grupo prefiere afrontar activamente sus problemas y suprimir sus actividades; por otro lado, en este estudio esperan que la situación pase o sea resuelta por otras personas su situación, también su accionar es hostil como consecuencia de la frustración.

Tania Lorena Guamán Uzhca
Valeria Monserrath Idrovo Idrovo

Según número de internamiento

Los resultados revelaron una IE y un uso de EA similar en los tres grupos de estudio según el número de internamiento de los pacientes ($p < .05$).

Al describir cada uno de los grupos, se encontró que la “*búsqueda de apoyo profesional*” era la estrategia principal en aquellas personas que se encontraban en su primer internamiento ($M=71.2$; $DE=26.7$); y “*espera*” en los reincidentes: segundo internamiento: $M=83.4$; $DE=13.3$; tres o más: $M=75.5$; $DE=25.5$; los detalles se pueden observar en la tabla 8.

Tabla 8.

Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento según número de internamiento

	Estrategia/ Dimensión	Número de internamiento						P
		Primero		Segundo		Tres o más		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Inteligencia emocional	Atención	26.3	7.0	25.8	7.4	27.0	6.2	.873
	Claridad	25.6	6.7	24.2	6.0	26.5	8.6	.773
	Reparación	28.9	6.9	29.9	4.9	25.9	6.7	.360
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	49.1	30.6	54.8	26.0	51.2	31.9	.824
	Búsqueda de apoyo social	47.9	30.3	54.8	32.9	44.5	30.8	.648
	Espera	70.7	30.0	83.4	13.3	75.5	25.5	.857
	Religión	68.0	27.7	68.1	28.1	65.9	25.7	.790
	Evitación emocional	65.0	30.3	59.6	20.2	51.2	27.3	.205
	Búsqueda de apoyo profesional	71.2	26.7	76.6	28.2	63.7	30.8	.408
	Reacción agresiva	66.3	30.7	65.4	26.0	59.7	29.0	.676
	Evitación cognitiva	64.7	31.6	59.3	27.7	51.2	28.6	.363
	Reevaluación positiva	59.2	28.3	54.2	21.1	45.4	29.9	.266
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	41.5	23.1	33.8	15.5	34.9	27.6	.381
	Negación	56.5	27.8	55.0	25.0	57.4	33.3	.932
	Atención	26.3	7.0	25.8	7.4	27.0	6.2	.873

Nota. Elaboración propia.

De acuerdo a las EA, se evidencia incompatibilidad con el estudio de Añazco y Espinoza (2017) quienes indican que existe diferencia significativa entre el primer y varios internamientos en las estrategias de planificación y reevaluación positiva, que de acuerdo a los autores se debe al proceso terapéutico en que se encuentran.



CONCLUSIONES

- Respecto a IE se encontró que atención y reparación estaban en niveles adecuados, sin embargo, la dimensión más desarrollada es reparación; y la menos desarrollada claridad, la misma que se encuentra en el límite entre adecuado y requerimiento de mejorar.
- En cuanto a EA en general las más utilizadas fueron: espera y búsqueda de apoyo profesional, y las estrategias menos utilizadas: expresión de la dificultad de afrontamiento y búsqueda de apoyo social.
- De acuerdo a las variables sociodemográficas en el grupo de adultos jóvenes; casados, unión libre y solteros; policonsumidores; personas consumidoras de alcohol, cocaína y cannabis, y; quienes se encuentran en más de su segundo internamiento se destaca la EA de espera.
- En los grupos de personas adultas mayores, divorciados, uniconsumidores y los que consumen tabaco la estrategia más utilizada es la religión.



RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

- Este estudio puede servir como referencia para nuevas investigaciones, por ello se recomienda ampliar el estudio en diferentes instituciones para que así los resultados tengan mayor grado de validez y puedan ser generalizados y de esta manera contribuir en el desarrollo de los programas de intervención para que tengan mayor eficacia.
- También se recomienda aplicar este estudio en participantes adolescentes para conocer si existen diferencias o similitudes entre las etapas de la vida, con procesos terapéuticos desde edades más tempranas.
- Considerar el tiempo de internamiento, ya que debido al estudio de Nieto (2012) se considera que la intervención terapéutica influye para desarrollar mejores EA, por lo tanto, los usuarios que tienen más tiempo de internamiento pueden tener mejores EA, sin embargo, se recomienda corroborar en investigaciones futuras.
- La limitación del estudio se enfoca en que los participantes fueron únicamente hombres, por lo que se desconoce si existen similitudes o diferencias con participantes mujeres. Es por ello que se recomienda aplicar el estudio en instituciones mixtas o de mujeres para compararlos.



REFERENCIAS

- Alcalde , C. (2015). Inteligencia emocional para la rehabilitación personal de un drogodependiente (tesis de pregrado). España: Universidad de Valladolid.
- Alzate, L. M., y Bermúdez, N. (2009). Estrategias de Afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 a los 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social de la fundación la luz en Medellín. *Universidad de San Buena Ventura (Tesis de grado)*.
- Añazco, I. D., y Espinoza, M. P. (2017). *Estrategias de afrontamiento en pacientes*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Bisquerra, R. (mayo de 2013). Inteligencia emocional para enfrentar los retos. *Proyecto Hombre: revista de asociación Proyecto Hombre*, 4-9.
- Bucay, L. (22 de agosto de 2011). *Umbral*. Obtenido de Inteligencia emocional y adicciones: <http://www.umbral.mx/articulo.php?idArticulo=301>
- Di-collaredo, C., Aparacio, D. P., y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
- Fernández, B., Jorge , V., y Bejar , E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología* , 6(1), 243-256.
- Fernández, M. J., y Pulgar, M. (junio de 2014). *Afrontameinto en penados que asistenten a la unidad técnica de supervisión y orientación de Maracaibo*. Maracaibo.
- Fernández-Barrilado, A. (junio de 2015). La inteligencia emocional en el contexto de la recuperación del consumo de drogas. España.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63-93.
- Fernández-Berrocal, P., y Ruiz, D. (2008). La Inteligencia emocional en la Educación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(2).
- Fragoso, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*.
- Gantiva, C. A., Luna, A., Dávila, A. M., y Salgado, M. J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 63-72.
- García, J. M. (2015). Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína. Murcia.
- García, M., y Giménez, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Revista digital del Centro del Profesorado Cuevas - Olula*, 3, 43 - 52.



- González, B. (2013). Policonsumo de sustancias psicoactivas. *Documentos de trabajo. Corporación Espolea*.
- Guevara, G., Hernández, H., y Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes. *Revista de investigación en psicología*, 4(1), 53-65.
- Gutiérrez, M. (2015). *Inteligencia socio-emocional en la adolescencia. Diseño implementación y evaluación de un programa formativo (tesis doctoral)*. Granada: Universidad de Granada.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). McGRAW-HILL.
- Israel, A., y Núñez, P. (2002). Inteligencia emocional en las entidades de información. ¿Cómo encauzar los afectos en bien de la organización? *Acimed*, 10(1), pp. 77-82. Ciudad de La Habana.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. (Martínez Roca, Ed.) Barcelona.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. (Martínez Roca, Ed.) Barcelona.
- Limonera, J. T., Tomás-Sábado, J., y Fernández-Castro, J. (2006). La inteligencia emocional percibida y su relación con el tabaco y el uso de cannabis en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 18(Suplemento), 95-100.
- Lizeretti, N. (2009). Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Diseño y Evaluación de una Intervención Grupal basada en la Inteligencia Emocional. *Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull*.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-350.
- Marlatt, A., y Witkiewits, K. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martín, M. D., Fernández-Abascal, E., y Jiménez, M. P. (2000). Estudio sobre la escala de estilo y estrategias de afrontamiento E3A. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), 1-17.
- Mayordomo, T., y Meléndez, J. C. (2013). Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital. *Programa de Doctorado en Psicogerontología*.
- Metre, J., Brackett, M., Guil, R., y Salovey, P. (2008). *Inteligencia emocional: definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de Mayer y Salovey*. Obtenido de Reserchgate: <https://www.researchgate.net/publication/259998138>
- Moreno, M. (mayo de 2016). Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento del estrés en personas adictas a sustancias. Madrid.



- National Institute on Drug Abuse. (24 de noviembre de 2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Obtenido de National Institut on druge abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>
- National Istitute on Drug Abuse. (23 de Agosto de 2017). Obtenido de Efectos de las drogas sobre la neurotransmisión: <https://www.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2017/08/efectos-de-las-drogas-sobre-la-neurotransmision>
- Nieto, Á. M. (2012). *Estrategias de afrontamiento ante el riesgo de recaída en adolescentes que realizaron tratamiento de recuperación para el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas*. Pereira: Universidad Católica de Perreira (tesis de pregrado).
- Ordoñez, W. I. (2013). *Caracterización de las adicciones y los estados emocionales de los pobladores de la ciudad de yantzaza de la provincia de zamora chinchipe, periodo 2011-2012*. Loja: Universidad Nacional de Loja (Tesis de Posgrado).
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos desempeñan un importante pale en la dependencia*. Ginebra: Comuncados de prensa.
- Riley, H., y Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 391 -398.
- Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello, y Extremera. (2006). Inteligencia emocional percivida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230.
- Salomone, G. (2011). Los principios éticos y su articulación con las normas jurídicas e institucionales: el debate sobre Guantánammo como analizador. *III Congreso Internacional de la Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología_Universidad de Buenos Aires.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1 de marzo de 1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, E., Buo, N., Guerrea , R., Gradolí, V., y Gallús, E. (2001). Craving y adiccion a drogas. *Trastornos adictivos*, 237-243.
- Slapak, S., y Grigoravicius, M. (2007). “Consumo de drogas”: La construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14.
- Snyder, C. R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. New York: Clarendon Press.
- Solano, C. A. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. (Tesis de posgrado)*. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos.
- Trujillo, M. M., y Rivas, L. A. (2005). Orígenes, evolución, y modelos de inteligencia emocional. *Revista de ciencias administrativas y sociales*.



Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480.

ANEXOS

(ANEXO 1)



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA



Estimados participantes, estamos realizando un estudio sobre la Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación. Su participación en la realización de estos cuestionarios es de gran importancia ya que sin su ayuda no se podrán conseguir los objetivos perseguidos. Por todo esto le pedimos su colaboración y anteponeamos nuestro agradecimiento. No olvide que sus respuestas serán totalmente anónimas y se mantendrán bajo estricta confidencialidad.

INSTRUCCIONES: Marque con una X la/s opción/es que usted crea conveniente.

Fecha: _____

Ficha No _____

Nombre de la Institución de rehabilitación:

I. DATOS GENERALES:

Edad:

Estado civil:

Casado Soltero Divorciado Unión libre

Religión:

Católica Cristiana Ateo Otro, especifique: _____

II. DATOS CLÍNICOS:

Señale la/s sustancia/s que usted consumía:

Alcohol Tabaco Cocaína Cannabis

Otros, especifique: _____

Número de Internamiento que ha tenido:

1 2 3 o más

(ANEXO 2)



TMMS-24

Trait Meta-Mood Scale - Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional



INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y luego indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con un círculo la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

(ANEXO 3)



Escala de estrategias de Coping – modificada



Instrucciones: A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, considerando la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años y responda señalando con una X en la columna con el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

		1	2	3	4	5	6
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuente-mente	Casi siempre	Siempre
1	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado						
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)						
3	Procuro no pensar en el problema						
4	Descargo mi mal humor con los demás						
5	Intento ver los aspectos positivos del problema						
6	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento						
7	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional						
8	Asisto a la iglesia						
9	Espero que la solución llegue sola						
10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados						
11	Procuro guardar para mí los sentimientos						
12	Me comporto de forma hostil con los demás						
13	Intento sacar algo positivo del problema						
14	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema						
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten						

16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro						
17	Espero el momento oportuno para resolver el problema						
18	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona						
19	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo						
20	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento						
21	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema						
22	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias						
23	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema						
24	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema						
25	Tengo fe en que Dios remedie la situación						
26	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación						
27	No hago nada porque el tiempo todo lo dice						
28	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones						
29	Dejo que las cosas sigan su curso						
30	Trato de ocultar mi malestar						
31	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema						
32	Evito pensar en el problema						
33	Me dejo llevar por mi mal humor.						
34	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal						
35	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar						
36	Rezo						

37	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas						
38	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar						
39	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema						
40	Me resigno y dejo que las cosas pasen						
41	Inhibo mis propias emociones						
42	Busco actividades que me distraigan						
43	Niego que tengo problemas						
44	Me salgo de casillas						
45	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento						
46	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo						
47	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir						
48	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión						
49	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar						
50	Considero que las cosas por sí solas se solucionan						
51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas						
52	Me es difícil relajarme						
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros						
54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema						
55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar						
56	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"						
57	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos						



58	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales						
59	Dejo todo en manos de Dios						
60	Espero que las cosas se vayan dando						
61	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas						
62	Trato de evitar mis emociones						
63	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas						
64	Trato de identificar las ventajas del problema						
65	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás						
66	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional						
67	Busco tranquilizarme a través de la oración						
68	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar						
69	Dejo que pase el tiempo						





ANEXO 4

UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación institucionalizados.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Guamán Uzhca Tania Lorena	0106822158	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Idrovo Idrovo Valeria Monserrath	0302179007	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Comunidad Terapéutica Proyecto Esperanza (PROESPE) y la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (COTEMUAZ) cuyo proceso ha sido avalado y aprobado por profesionales competentes de la institución a la que pertenecen. En este documento llamado "consentimiento informado" se explican las razones por las que se realizará este estudio, su objetivo, cuál será su participación, los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que decida participar. Después de revisar la información de este documento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento necesario para tomar una decisión con total libertad sobre su participación en este estudio. Al firmar este documento usted autoriza a las investigadoras, autoras y auditores de la investigación a realizar las siguientes acciones: acceder a la información, realizar registros antes, durante y después de la intervención en caso de ser necesario para facilitar el avance del conocimiento científico, utilizar la información que se derive de este estudio en publicaciones, presentaciones en eventos científicos y en futuras investigaciones, cabe mencionar que en todos los casos se respetará la confidencialidad, con el objetivo de resguardar la identidad, expresiones y comodidad de los participantes.

Introducción

Los individuos de forma constante nos enfrentamos a diversos retos y problemas, los cuales suelen generar ansiedad, melancolía, inseguridad, estrés, etc. Cuando estos estados emocionales sobrepasan nuestras capacidades de afrontamiento pueden aparecer sensaciones de pérdida de control, llevarnos a una ingobernabilidad emocional, y a no encontrar la forma de sobrellevar estas situaciones. La dependencia a las drogas presenta más retos y problemas en la vida del individuo afectando a nivel físico, psicológico y social; además, se encuentra que esta problemática se ha ido incrementado de forma alarmante en los últimos años en Ecuador, es por ello que consideramos fundamental abordar esta temática centrándonos en las estrategias de afrontamiento y la inteligencia emocional ya que brindará información valiosa para los profesionales de las áreas de salud y para los propios usuarios con miras a favorecer su tratamiento.

Objetivo del estudio

Comparar las dimensiones de la inteligencia emocional y el tipo de estrategias de afrontamiento que tienen los pacientes drogodependientes institucionalizados.

Descripción de los procedimientos

- Los participantes deberán firmar el consentimiento informado para autorizar su participación y acceso a la información.
- Para la recolección de datos se empleará una ficha sociodemográfica destinada a recabar información básica de los participantes.
- Para evaluar la variable Inteligencia emocional se utilizará el TMMS24 destinada a evaluarla en 3 dimensiones: atención a los sentimientos, claridad emocional y reparación emocional, sus respuestas se registran a través de una escala de Likert de 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) y para identificar los tipos de estrategias de afrontamiento se utilizará la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M), la misma que consta de 69 ítems y sus respuestas se registran con una escala de Likert de 1 (nunca) a 6 (siempre). El tiempo de realización de los instrumentos será de: TMMS 24, 10 minutos aproximadamente y el ECC-M de 25 minutos aproximadamente. Se trabajará con todos los participantes que cumplan con los criterios de inclusión.

Riesgos y beneficios

Al ser instrumentos que manejan ítems relacionados con el área emocional y personal, puede generar un estado emocional de incomodidad en personas que presentan resistencias ante ciertos temas. Sin embargo, tiene muchos beneficios, ya que la información brindada servirá para favorecer su tratamiento tomando como base las estrategias de afrontamiento y el grado de desarrollo de las dimensiones de inteligencia emocional que comúnmente posee cada usuario. Además, conlleva beneficios para los profesionales, los usuarios y su familia. Por otro lado la confidencialidad es un aspecto que se debe garantizar en este tipo de estudios, puesto que los investigadores manejarán esta información con la responsabilidad social de la investigación.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD**Otras opciones si no participa en el estudio**

Si los pacientes deciden no participar del estudio, se seguirá el programa de cada institución con el desconocimiento del resultado de este estudio acerca del desarrollo de las dimensiones de su inteligencia emocional y el tipo de las estrategias de afrontamiento, datos que se consideran importantes para saber que tan eficientes y saludables son para el individuo y así poder trabajar de una manera más eficaz para el beneficio del propio usuario. Cabe mencionar que usted esta en todo su derecho de decidir con total libertad de participar o no en el estudio, sea cual sea su motivo, sin tener repercusión en alguna área de su vida u otro contexto.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos que pertenece a Valeria Idrovo: 0992996200, Lorena Guamán:0981678540 o envíe un correo electrónico a valeria.idrovo16@ucuenca.edu.ec o lorena.guaman@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo (si aplica)

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO

Fecha:

12 3 OCT 2018